Lane Medical Library
STANFORD UNIVERSITY
JUL 6 1938
LIBRARY

Aus der chirurgischen Abteilung
des städtischen Krankenhauses am Urban
Direktor: Prof. Erwin Gohrbandt

Das Rhinophyma und seine Behandlung

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Medizinischen Doktorwürde
an der
Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Berlin.

Vorgelegt von

Herbert Funck

Berlin-Neukölln.

Promotion: 15. September 1937.

Buchdruckerei Otto Drewitz, Berlin SW 61, Gitschiner Straße 106.

M 262

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Siebeck

Referent: Prof. Erwin Gohrbandt

Korreferent: Geheimrat Sauerbruch

Das Rhinophym und seine Behandlung.

Das Rinophyma, die Pfund- oder Knollennase, stellt eine seltene Erkrankung des subcutanen Gewebes der äußeren Nase dar. Die meisten Chirurgen und Dermatologen haben nur wenig dieser Fälle in ihrer Praxis zu verzeichnen. Die anderen Bezeichnungen für das Rhinophyma, Elephantiasis der Nase oder Acne hypertrophica, sind in neuerer Zeit ziemlich abgelegt worden, da man sich über die Entstehung dieser Krankheit nicht einig ist. Man ist deshalb bei der neutralen Bezeichnung Rhinophyma geblieben, die nur das klinische Bild beschreibt und nicht durch seinen Namen auf eine bestimmte Entstehungsauffassung hinweist.

Unter dem Rhinophyma versteht man eine gutartige Geschwulst, die, wie uns einige ältere Autoren mitteilen, gewaltige Größen erreichen kann. So berichtet Theulot im Jahre 1876 von einem Rhinophym, das 5 Pfund gewogen haben soll. Bordier sah 1914 eine Geschwulst, die bis auf die Oberlippe herab hing und den Patienten beim Essen so behinderte, daß er sich angewöhnt hatte, den Tumor während der Mahlzeit mit der Hand hochzuhalten. A. Guerin sah einen Fall, bei dem die Nase eine Länge von 16 cm und eine Breite von 22 cm erreichte.

In unserer Zeit werden ja nun solche Ausmaße kaum noch zu beobachten sein, da das lästige Leiden schon durch seine Lokalisation den Patienten rechtzeitig zum Arzt treibt. Seltener sind es Beschwerden, die eine Entfernung der Geschwulst nötig machen. Höchstens einmal können Tumormassen an den Nasenflügeln, durch Kompression der Nasenlöcher, die Nasenatmung behindern, oder es können durch seitlich hervorragende Lappenbildung Sehstörungen auftreten.

Über die Ätiologie nun stehen sich verschiedene Anschauungen gegenüber. Viele nehmen den chronischen Alkoholabusus als Ursache an. Ein französischer Autor bezeichnet die Erkrankung sogar als „Elephantiasis des buveurs". Gegen diese Auffassung sprechen die Erfahrungen von Bruns, der unter seinen 11 Fällen von Rhinophyma nur 2 Potatoren fand. — Andere Autoren wieder halten den dauernden berufsmäßigen Aufenthalt in Wind und Wetter bei Landwirten, Jägern, Kutschern, Seeleuten usw. für das auslösende Moment. —

Auch der chronischen Stuhlverstopfung wird ätiologische Bedeutung zugeschrieben. —

Bogrow will dem Alkoholabusus insofern eine gewisse ätiologische Bedeutung beimessen, da durch ihn chronische Magen-Darmkatarrhe entstehen, die dann wieder den Anstoß zum Rhinophyma geben können. —

Stoccada beschuldigt ebenfalls den Alkohol, der sekundär eine toxische Gastritis hervorrufen soll, die wiederum auf dem Wege des Reflexes zu einer Erweiterung der Hautgefäße der Nase führen soll. Er hält die Gefäßerweiterung für das Anfangsstadium und hält ein Trauma für nötig, um die ausgesprochene Rhinophym-Bildung entstehen zu lassen. Er führt als Beweis einen Fall an, bei dem jahrzehntelang eine rote Nase bestand, die sich erst nach einem Schlag, den der Patient auf die Nase erhielt, zu einem ausgesprochenen Rhinophym entwickelte. —

Mangalenra-Albernaz geht in bezug auf die Ätiologie eigene Wege. Er hält eine angeborene Blutgefäßerweiterung für die Ursache des Anfangsstadiums des Rhinophyma. Die dadurch entstehende Störung der Blutkongestion ermögliche ein Übergehen von Erregern aus einer erkrankten Nasenschleimhaut in das subcutane Gewebe der Nase. Als Beweis für diese Theorie führt er zwei Fälle an, bei denen sich kurze Zeit nach dem Auftreten einer leishmaniösen Granulombildung am Nasenseptum ein Rhinophym entwickelte.

Lassar glaubt, daß Menschen mit weiten Talgdrüsenmündungen, den sogenannten „großen Poren", eine gewisse Disposition zur Bildung eines Rhinophyma besitzen.

Einige Autoren wie Unna, Neisser und Neumann nehmen die Acne rosacea als ursächliches Moment an und schildern den Verlauf folgendermaßen:

Die Acne rosacea befällt Nase und angrenzende Wangenteile. Zuerst findet eine Gefäßerweiterung oder, wie auch einige Autoren annehmen, eine Gefäßneubildung statt, die dem Gesicht die charakteristische bordeauxrote oder kupferrote Farbe gibt, die an der Nase beginnt und über das ganze Gesicht gehen kann. Bei hochgradiger Gefäßerweiterung sieht man oft geschlängelte, sich verzweigende Gefäße überall aus der roten und blauroten Verfärbung hervordringen. Später kommt dann oft eine Folliculitis mit Pusteln und Knötchenbildung hinzu, aus der dann secundär eine Hyperplasie des Bindegewebes und der Talgdrüsen in Erscheinung treten kann. Hieraus kann sich dann die elephantiastische Vergrößerung der Nase entwickeln. Aus diesem Grunde kam man zu der Bezeichnung „Hypertrophische Acne". Die oben genannten Autoren betrachten also die Geschwulst als ein Endstadium der Acne rosacea. Andere, wie Bogrow und Pospelow, lehnen jeden Zusammenhang mit der Acne rosacea ab. Eine andere Richtung wieder will die Hyperplasie des bindegewebeartigen Anteiles und der Talgdrüsen in den Vordergrund gestellt wissen und die Gefäßerweiterung nur als Begleiterscheinung betrachtet sehen.

Lassar bezeichnet das Rhinophym als ein Neoplasma, dessen Wachstum irgendein unbekannter Reiz verursacht hat, der in den äußeren Partien der Talgdrüsen wirken muß und zunächst Hypersekretion mit cystischer Erweiterung, dann Proliferation des Drüsengewebes verursacht. Hieran soll sich die Hypertrophie des umgebenden Bindegewebes schließen. Daß der Reiz ein äußerer sein muß und speziell in den äußeren Teilen der Talgdrüsen angreift, schließt Lassar daraus, daß nach der Decortication Recidive nicht

beobachtet wurden, trotzdem bei dieser Operation doch die tiefen Drüsenteile erhalten bleiben.

Dohi glaubt an eine primäre Angioneurose. Es soll dadurch Hypersekretion und Hypertrophie der Talgdrüsen auftreten, der dann Bindegewebszunahme, chronisches Ödem und Gefäßerweiterung folgen.

Solger hält auch die Angioneurose für das Ursächliche, begründet dann aber die Weiterentwicklung zum Rhinophym mit vermehrter Blutzufuhr und der Blutüberfüllung durch Stagnation.

Auch eine erbliche Komponente wird angenommen. So hat Lesser beobachtet, daß drei Generationen einer Familie deutliche Anzeichen eines Rhinophyms zeigten.

Befallen werden im allgemeinen Männer vom 50. Lebensjahr an. Aber es sind auch einige Fälle bekannt, wo bei Frauen in den verschiedensten Lebensaltern eine zwar leichte, aber doch sicher nachweisbare Form von Rhinophym auftrat. Trendelenburg erwähnt einen Fall, wo sich bei einer 73jährigen Frau im Verlauf von 17 Jahren ein Rhinophym entwickelte. Ferner beschreibt er einen Fall bei einem 18jährigen Mädchen.

Über die äußeren Kennzeichen des Rhinophyms ist folgendes zu sagen. Die Geschwulst zeigt in der Regel einen lappigen Bau mit einzelnen mehr oder weniger großen Tumoren. Die Hautoberfläche ist fettglänzend, von einzelnen Vertiefungen durchsetzt, die den stark erweiterten Ausführungsgängen der Talgdrüsen entsprechen. In den meisten Fällen sind an der Oberfläche feine geschlängelte Gefäße sichtbar. Auf Druck entleert sich Talg. In manchen Fällen scheint die Geschwulst von der Nasenspitze auszugehen. In anderen ist die Nasenspitze ganz frei von Tumormassen, und nur von den Nasenflügeln hängen lappige Neubildungen herab. Die Tumoren sitzen meist mit breiter Basis auf, von wo sie auch seitwärts hervorragen oder nach unten hängen und in manchen Fällen, wie bereits oben geschildert, bis auf die Oberlippe herabhängen können. Häufig wird eine drei- oder vierfache Geschwulstbildung beschrieben, oder es zeigen nur tiefe Furchen in der verdickten Nase an, daß es sich nicht um eine gleichmäßige Wucherung der Nase, sondern um mehrere Tumoren handelt. In wenigen Fällen nur ist die Nase gleichmäßig vergrößert. Die Konsistenz der Geschwulst ist teigig, weich elastisch, manchmal auch derb. Das Allgemeinbild des Gesichtes zeigt in den meisten Fällen eine übermäßige Fettabsonderung, mit einer Acne rosacea einhergehend. Die Farbe der Geschwulst ist meistens bordeauxrot, blaurot oder kupferfarben.

Über den histologischen Befund stehen alle Autoren auf demselben Standpunkt. Das mikroskopische Bild zeigt eine starke Erweiterung der Talgdrüsenausführungsgänge. Die Talgdrüsen selbst sind durch die Talgretention zu großen Hohlräumen erweitert. Das Bindegewebe ist stark hypertrophisch. Die Blutgefäße sind stark erweitert. Auch sieht man oft entzündliche zellige Einlagerungen, die sich den Gefäßen anschließen. Bald tritt mehr die Hypertrophie des Bindegewebes bald die der Talgdrüsen in den Vordergrund. Die Konsistenz der Geschwulst ist davon abhängig, welcher Anteil überwiegt. Die grotesken Formen sollen entstehen, wenn beide Fak-

toren eine starke Hypertrophie erfahren. Die Wucherung der Drüsen entspricht nach Solger in Bau und Funktion absolut dem Muttergewebe. Es handelt sich also um keine atypische Drüsenwucherung. Daß die Funktion ungestört ist, beweist die starke Talganhäufung in den erweiterten Drüsen. Nach Trendelenburg ist auch das Perichondrium stark verdickt, auch die Nasenknorpel sollen dicker, breiter und länger sein.

Lassar und Czerny bezeichnen das Rhinophym anatomisch als ein Cyst-Adeno-Fibrom.

Differentialdiagnostisch kommen Lupus und tertiäre Syphilis in Frage. Bei diesen Krankheiten treten aber Narbenbildung und geschwüriger Zerfall auf, die beim Rhinophyma vollkommen fehlen. Carcinom und Rhinosclerom werden sich leicht durch Anamnese, histologische Untersuchung oder Bazillennachweis ausschließen lassen.

In der Behandlung des Rhinophyma ist die Methode der Wahl die radikale chirurgische Entfernung der Geschwulst. Die konservative Behandlung hat erst durch die in neuerer Zeit angewandte Strahlentherapie Erfolge zu verzeichnen. So hat Strebel-München einen Fall von Rhinophym geheilt durch Röntgenbestrahlung, in 13 Sitzungen von je 20 Minuten. Nachdem eine Röntgendermatitis dritten Grades abgeklungen war, verschwanden nach drei Wochen die Tumoren. Die Rötung ließ durch Kontraktion der erweiterten Gefäße nach.

Verschiedene andere Autoren bestätigen diese Erfolge. Ullmann empfiehlt diese Behandlung nur für mittelschwere Rhinophym-Fälle, die schweren weist er ins Gebiet der Chirurgie. Eller benutzt die Röntgenbestrahlung nur postoperativ nach vorheriger Decortication.

Degrais empfiehlt die Radiumbehandlung. Er hat durch die Bestrahlung ein Vertrocknen der Talgdrüsen mit anschließender Atrophie und dadurch ein Zurückgehen der Geschwulst erreicht. Zusammenfassend kann man sagen, daß die Erfolge der Strahlentherapie gut sind. Durch die Langwierigkeit und Kostspieligkeit ihrer Ausführung wird sie aber in der Praxis die Bedeutung der chirurgischen Behandlung nicht erreichen.

Die ersten Aufzeichnungen über eine Rhinophym-Operation stammen, wie Hebra angibt, von Daniel Sennert, aus dem Jahre 1624. Am Anfang des 19. Jahrhunderts sollen ferner von französischen Ärzten Rhinophym-Operationen ausgeführt worden sein, allerdings in der Annahme, es handele sich um Carcinom.

Die am meisten geübten Methoden der chirurgischen Rhinophym-Behandlung sind:

1. die keilförmige Excision mit Naht,
2. die Operationsmethode nach Gersuny,
3. die subcutane Exstirpation des hyperplastischen Gewebes,
4. die Decortication.

Die Keilexcision ist zuerst von Dieffenbach angegeben worden. Er operierte in folgender Weise:

Er durchschneidet das Septum dicht an der Nasenspitze und führt vom oberen Teil des Nasenrückens nach abwärts an jeder Seite einen durchdringenden Schnitt, wodurch ein Keilstück herausgetrennt

wird. Aus jedem Nasenflügel nimmt er noch einen Querkeil. Die Wundränder werden vereinigt. Das Septum wird mit dem verwundeten Teil der Nasenspitze verbunden.

Diese Methode ist von vielen Autoren angewandt worden, nur nach den jeweils vorliegenden Verhältnissen variiert worden.

Hebra geht z. B. bei einem Fall so vor, daß er zuerst einen Schnitt längs des Nasenrückens bis zur Nasenspitze führt, von da aus die Haut abpräpariert, je ein keilförmiges Stück herausschneidet und danach näht.

Dupre schnitt aus einem großen Rhinophym, „wie aus einer Melone" keilförmige Stücke heraus und nähte die Wundränder zusammen.

Jungengel beschreibt einen Fall von Rhinophyma, bei dem der von der Nasenspitze ausgehende Teil der Geschwulst bis auf die Unterlippe herabhing und anderseits an den Nasenflügeln Tumormassen saßen. Er operierte den Fall in zwei Sitzungen. In der ersten Sitzung trug er durch Keilexcision die Tumormassen an der Spitze und an den Nasenflügeln ab und nähte die Wundränder. In der zweiten Sitzung verkürzte er den Nasenrücken durch quere Keilexcision.

v. Bruns schneidet eine senkrechte Ellipse aus dem Nasenrücken und der Nasenspitze und eine quer verlaufende Ellipse aus den Nasenflügeln. Den unteren Schnitt führt er dicht am Rande des Nasenloches entlang, um so die Möglichkeit zu haben, der Nase eine beliebige Form zu geben. — Er empfiehlt aber diese Methode nicht für alle Rhinophym-Fälle, sondern wendet sie nur bei Fällen mit ausgesprochener Lappenbildung der Geschwulst an. Bei gleichmäßiger Verdickung der Nase wählt er die später zu besprechende Decorticationsmethode.

Auch Dohi beschreibt den Fall eines Tumors der Nasenspitze, der durch keilförmige Excision in zwei Sitzungen entfernt wurde. Er führte zuerst Schnitte vom oberen Teil des Nasenrückens in Richtung auf die oberen Winkel beider Nasenlöcher und entfernte so ein keilförmiges Stück des vorderen Tumorteiles. Nachdem er dann die Haut seitlich etwas gelöst hatte, vereinigte er die Wundränder durch Naht. In der zweiten Sitzung excidierte er dann einen seitlich am Nasenflügel sitzenden Geschwulstteil.

Die Methode der keilförmigen Excision pflegt in den meisten Fällen in kurzer Zeit zur Heilung zu führen. Ein Nachteil bei dieser Operationsmethode sind die unschönen Narben, die hin und wieder auftreten können.

Die radikalste Methode zur Beseitigung des Rhinophyms ist von Gersuny ausgearbeitet worden. Er schält die gesamte kranke Nasenhaut bis auf das Knorpelgerüst ab. Den entstandenen Defekt deckt er durch Transplantation eines Thierschschen Epidermisläppchens.

Die Methode der subcutanen Exstirpation des hyperplastischen Gewebes stammt von Weinlechner. Er präpariert von einem umgekehrt ypsilonförmigen Schnitt die Haut ab und exstirpiert das darunter liegende hyperplastische Gewebe und vernäht danach die Wundränder. Die Nachteile dieser Methode sind die oft danach auftretenden Nekrosen der Hautlappen. Auch Weinlechner selbst hat

später sein Verfahren verlassen und nach der Decorticationsmethode operiert.

Liebmann beschreibt in einer Arbeit gute Erfolge mit einer Operationsmethode, die den Grundgedanken von Weinlechner beibehält und nur die Schnittführung ändert. Er sagt darüber folgendes:

„Es wurde ein Schnitt geführt, der vom Ansatz des einen Nasenflügels quer über die Nasenspitze zum Ansatz des anderen Nasenflügels führte. Außerdem wurde diesem Querschnitt noch ein kleiner Längsschnitt in der Mitte des Nasenrückens hinzugefügt. Der von dem ersten quer verlaufenden Schnitt gebildete Hautlappen, dessen Basis am Frenulum gelegen ist, wurde nach unten abpräpariert. Die beiden kleinen, von dem Längsschnitt begrenzten, dreieckigen Hautläppchen wurden nach der Seite abgelöst. Hierauf wurde das ganze erkrankte Gewebe bis auf die Nasenknorpel durch flache Messerzüge abgeschält und die erhalten gebliebenen Hautläppchen durch Nähte miteinander vereinigt."

Liebmann teilt weiter mit, daß die bei der Weinlechnerschen Methode häufigen Nekrosen der Hautläppchen nicht eintraten. Er begründet diese Verbesserung mit der veränderten Schnittführung, „da durch den ersten, die Nase in ihrer ganzen Breite berührenden Schnitt und durch den zweiten kleinen Schnitt am Nasenrücken doch Hautläppchen gebildet werden, welche vermöge ihrer breiten Basis gute Aussichten für weiteres Wachstum geben. Bei der umgekehrt ypsilonförmigen Schnittführung Weinlechners fällt dagegen wohl der Hautlappen, dessen Basis die Haut der Nasenspitze bildet, etwas schmal aus. Außerdem reicht die Spitze dieses Lappens weiter zum Nasenrücken hinauf, als bei der mehr gradlinigen Schnittführung, der vorher beschriebenen abgewandelten Methode. Es muß so ein viel längeres Hautstück nach der Nasenspitze zu lospräpariert werden, zumal ja meist gerade an der Nasenspitze die hypertrophischen Massen zu finden sind. Auf diese Weise bekommt der eine der gebildeten Hautlappen eine schmalere Basis und wird länger, so daß eine Nekrose leichter eintreten kann."

Die Methode der Decortication soll zuerst von Stomeyer angegeben worden sein. Durch Ollier hat sich der Name eingebürgert.

Diese Operationsmethode wird am besten so ausgeführt, daß man zuerst die Haut am Nasenrücken, soweit sie krank ist, spaltet. Dann schält man, den linken Zeigefinger im linken Nasenloch, das ganze erkrankte Gewebe mit großen Messerzügen, von der Wange nach dem Nasenrücken zu gerichtet, ab.

Man kann durch diese Methode der verunstalteten Nase eine neue und gleichmäßige Form geben. Durch den in das Nasenloch eingeführten Finger kann man gut die Dicke der Nasenwand kontrollieren. Es soll vermieden werden, daß die Haut bis auf das Perichondrium abgetragen wird, da man damit die tiefen Schichten der Haut entfernen würde und somit die Regeneration der Haut verhindern würde, die von der Epithelauskleidung der tiefsten Teile der Talgdrüsen ihren Ursprung nimmt. Die Hautschicht muß eine Mindestdicke von 1½ bis 2 mm behalten, weil sonst keine Überreste von Talgdrüsen stehenbleiben und so die Epidermis vom Rand und nicht von den Drüsenresten ihren Ursprung nimmt. Die Regene-

ration ist zumeist schon nach einem Zeitraum von etwa 14 Tagen beendet.

Kromayer wandte die Decorticationsmethode an, schloß daran aber noch die Transplantation von Epidermisläppchen an. Einen von ihm operierten Fall beschreibt er folgendermaßen:

Von der Nasenwurzel aus Abtragung einer an der Nasenwurzel nur wenige Millimeter breiten, nach vorn sich zu einem Zentimeter verbreiternden Hautscheibe, die dem künftigen Nasenrücken entspricht. Darauf Stutzen der Nasenflügel und Kappen der Nasenspitze und der Einzäunung der Nasenlöcher und Entfernen der Ecken und Kanten mit dem Skalpell. Nach exakter Blutstillung, die etwa eine Stunde in Anspruch nimmt, Transplantation von Epidermisläppchen aus dem Oberschenkel."

Der kosmetische Erfolg soll zufriedenstellend gewesen sein, doch fiel der Mangel an Talgdrüsenmündungen und das Fehlen der Oberhautfelderung auf.

Autoren wie Hebra, Rille und v. Bruns lehnen die nachfolgende Epidermistransplantation als überflüssig ab. Ferner kann es, wie Kromayer bei einigen seiner Fälle beobachtet hat, leicht zur Bildung von kleinen Retentionscysten kommen, die unter den transplantierten Epidermisläppchen sitzen und von den Talgdrüsenresten ihren Ursprung nehmen.

Schlechte kosmetische Resultate nach der Decortication werden nur von wenigen Autoren hervorgehoben. So sah Billroth einige Fälle, bei denen durch Narbenzug die Nasenflügel gehoben und die Nasenlöcher erweitert wurden. Weinlechner berichtet in einem Fall von blatternähnlichen Narben. Die meisten Operateure aber haben in bezug auf den kosmetischen Erfolg nichts Nachteiliges bei der Decorticationsmethode zu melden.

Blöbaum operiert auch nach der Decorticationsmethode, nur verwendet er die Glühschlinge und das galvanokaustische Messer. Einmal, um die profuse Blutung zu vermeiden, ferner weil er glaubt, auf diese Weise radikaler operieren zu können, da er auch die weniger verdickten Hautstellen durch Stichelung behandeln kann. Kleine Unebenheiten beseitigt er mit dem Flachbrenner. Die Narbenbildung soll bei dieser Technik fast völlig wegfallen. Der Nachteil dieser Methode ist, daß die Operation nicht in einer Sitzung beendigt werden kann.

Desgouttes operiert mit dem scharfen Messer, aber auch mit dem Thermocauter. Bei letzterem mahnt er jedoch zur Vorsicht, weil man die Tiefenwirkung nicht übersehen könne. Der Nasenknorpel beim Rhinophym sei oft weich und nicht zu unterscheiden, daher schneide man den Knorpel leicht durch und hinterlasse dann eine vollkommene Deformität.

Überblickt man nun die ganze Literatur, die über die Operationsmethoden bei Rhinophyma geschrieben worden ist, so findet man, daß die Decortication die am häufigsten geübte Operationstechnik ist.

Die neueste Literatur weist einige kleine Verbesserungen auf, die sich auf die Vorbehandlung vor der Operation, die Art der Instrumente oder eine neue Art der Nachbehandlung bezieht.

Ledo empfiehlt, das Operationsgebiet acht Tage vorher sorgfältig zu säubern und mit Massage und Umschlägen zu behandeln, um die pustulösen Veränderungen zu heilen und die Talgdrüsen zu entleeren, weil sonst bei der Lokalanästhesie Inhalt der Talgdrüsen austritt und Schwierigkeiten macht. Komme man beim Abtragen der Tumormassen zu tief, so empfiehlt er die Transplantation eines Thierschschen Lappens. Gegen die Narbenbildung wendet er Zinkpaste an.

Fiumicelli bevorzugt die Diathermiekoagulation. Einen Fall hat er in drei kurzen Sitzungen in Zwischenräumen von 20—25 Tagen geheilt. Als indifferente Elektrode benutzt er eine 0,5 mm dicke Bleiplatte, 15 mal 30 cm groß, die er an eine Hüfte legt. Als aktive Elektrode benutzt er das stumpfe Diathermiemesser. Es wird immer ein Rhinophymlappen auf einmal an der Basis durchtrennt und abgetragen. Blutungen kamen nicht vor, Lokalanästhesie war nicht nötig. Die Wundfläche behandelt er mit Zinkpaste ohne Verband.

Mangalenra-Albernaz führt die Ausschälung mit dem Hochfrequenzmesser aus. Auch er findet dieses Verfahren viel besser als die anderen, weil er fast ohne Blutung operieren kann und eine sehr schnelle und gute Verheilung erreicht.

H. Hunt, Lyon, inzidiert die Tumoren und schält sie unter Schonung der Haut vom Knorpel, dessen etwaige Fissuren er nach Anfrischen der Ränder durch Roßhaardrähte verschließt. Die Narben sollen kaum sichtbar sein.

Wiley M. Sams berichtet in jüngster Zeit von einem Fall von Rhinophyma bei einer 21jährigen Frau, bei der neben dem Rhinophym eine ähnliche, nur in Knoten- und Pustelbildung gröbere Veränderung der gesamten Kinnpartie bestand. Er vereinigte Röntgenbestrahlung und Decortication. Durch die Röntgenbestrahlung erreichte er in vier Monaten eine Rückbildung der Geschwulst um ein Drittel. Daran schloß er die Decortication der Geschwulst an Nase und Kinn, bei letzterem mit folgender Plastik.

Spillmann, Hamant und Watrin kombinieren die chirurgische Behandlung mit anschließender Röntgenbestrahlung und Auflegen von 50 Prozent Trichloressigsäure und erzielen kosmetisch schöne Resultate.

Eine wesentliche Beachtung verdient bei den Rhinophymoperationen die Schmerzbetäubung und die Blutstillung. Wegen der Schwierigkeit der Vollnarkose wird in den meisten Fällen die Lokalanästhesie angewandt. Sie bietet große Erleichterungen für den Operateur. Es wird jetzt allgemein eine Novocain-Suprarenin-Lösung zur Injektion benutzt. Man erreicht damit eine völlige Unempfindlichkeit des Gewebes. Ferner gewährleistet die Suprarenin-Beigabe durch Ausschaltung einer starken Blutung eine gute Übersichtlichkeit des Operationsfeldes. Letzteres gerade ist bei dieser Operation ungeheuer wichtig, wo ein gutes kosmetisches Resultat abhängig ist von einer gleichmäßigen Form der neu modellierten Nase. Diese gleichmäßige Form kann ihr der Chirurg aber nur dann geben, wenn er nicht durch eine profuse Blutung gestört wird. Autoren wie Trendelenburg und Bruns verwandten noch zur Operation das Messer und zur Blutstillung den Thermokauter. Allerdings verzögerte der

dadurch gebildete Wundschorf die Heilung. Diese Methoden gehören aber wohl der Vergangenheit an, da in neuerer Zeit fast ausschließlich die eben beschriebene Lokalanästhesie bevorzugt wird.

Bevor nun auf die von Herrn Prof. Gohrbandt operierten Fälle näher eingegangen werden soll, noch einige Worte über die von ihm angewandte Operationstechnik. — Auch er operiert nach keinem starren Operationsschema. Jeder seiner Fälle ist anders operiert worden. Immer entschied die Eigenart des Falles über die anzuwendende Technik. Prof. Gohrbandt hat die Tumormasen abgetragen, mit und ohne nachfolgender Transplantation. In einem anderen Falle wurde das ganze Gewebe der Nase bis auf das Knorpelgerüst weggenommen und der Hautdefekt durch einen Epidermislappen gedeckt. Ein anderes Mal wieder wurde die Keilexcision angewandt. In allen Fällen hat er, wie die Nachuntersuchung ergab, ausgezeichnete kosmetische Resultate erzielt.

Sehr wesentlich für die guten Resultate bei den Fällen, wo die Transplantation eines Epidermislappens vorgenommen wurde, ist die Anwendung der von Prof. Gohrbandt angegebenen Art der Plastik.

In einer Arbeit, die über diese neue Art der Transplantation berichtet, sagt er folgendes:

„Überpflanzt man Epidermis, so heilt sie wohl ausgezeichnet an, gibt aber gewöhnlich doch keine vollwertige Haut. Sie bleibt dünner, so daß eine deutliche Niveaudifferenz gegen die Umgebung besteht. Die Transpantation ganzer Lappen nach Krause scheitert vielfach daran, daß die Lappen, vor allen Dingen bei älteren Personen und auf geschädigtem Mutterboden, nicht anheilen, daß sie aber auch, besonders für einige Stellen, wie z. B. im Gesicht, viel zu dick sind, selbst wenn man sie noch so sauber von allem ihnen anhaftenden Fette befreit. — Ich möchte nun von einem Verfahren berichten, daß die Vorzüge dieser beiden Transplantationsarten in sich schließt, das uns eine vollwertige Haut unter günstigen Anheilungsbedingungen liefert.

Die Schwierigkeit einer Lappenbildung, die nicht aus Epidermis besteht, liegt immer in der Ernährung des Transplantates. Diese Ernährung ist deshalb bei dem Krauseschen Lappen so wenig gewährleistet, weil das eigentliche Blut- und Lymphgefäßsystem der Haut gar nicht eröffnet wird. Wenn wir uns einen Lappen aus ganzer Haut bilden, so können wir ja sehen, daß höchstens im Abstande von 3—4 cm ein Blutgefäß in die Haut eintritt, das beim Lospräparieren des Lappens durchtrennt wird, daß aber das eigentliche Blut- und Lymphgefäßsystem der Haut, die beiden cutanen Geflechte, geschlossen bleiben, mag Fett- und Unterhautzellgewebe auch noch so gut abpräpariert sein.

Deshalb darf man den Lappen nicht aus der ganzen Haut bilden, sondern muß mit dem Schnitt in die untersten Schichten des Corium gehen, in die Schicht der Gefäßspaltung, und bekommt so ein Transplantat, dem bei fast völliger Dicke der Haut günstige Ernährungsbedingungen und -möglichkeiten geboten werden.

Über die Technik dieser Hautlappen ist folgendes zu sagen. Eine große Schwierigkeit beruht in der Schnittführung und in der

Bildung des Lappens, die bei gewöhnlicher, unvorbereiteter Haut so gut wie unmöglich ist. Sie wird aber bedeutend erleichtert und nach einiger Übung von jedem erreicht, wenn man durch intracutane Injektionen mit Novocain-Adrenalin-Lösung die Haut aufquaddelt. Dann hat die Dicke der Haut, die gewöhnlich 2—3 mm beträgt, das Zwei- und Dreifache erreicht, und dann kann man leicht den Lappen in der gewünschten Schicht schneiden. Die Bildung des Lappens aus der intracutan injizierten Haut geht nun so vor sich, daß die Größe des zu bildenden Lappens umschnitten wird. Alsdann wird der Schnitt so tief geführt, bis man in den Papillarkörper kommt, und nun schneidet man in dieser Schicht parallel zur Hautoberfläche, wie es sonst beim Thierschschen Lappen der Fall ist, das Transplantat. Man kann den gebildeten Lappen ab und zu in die Höhe klappen und sich davon überzeugen, daß man in der richtigen Schicht geblieben ist. Nachdem an der Transplantationsstelle sorgfältige Blutstillung vorgenommen ist, wird der Lappen dort aufgelegt, ausgebreitet und mit ganz feinem Nahtmaterial angenäht. Will man ganz narbenlos nähen, so eignet sich als Nahtmaterial am besten Frauenhaar. Man hat nur darauf zu achten, daß der Lappen nicht zu groß genommen wird, er muß ganz leicht gespannt anliegen, um die eröffneten Saftlücken und Gefäße offen zu halten und um später nicht zu schrumpfen, darf kein Blut, vor allen Dingen aber keine Luftblasen unter sich enthalten. Sind solche vorhanden, so werden sie mit einem Mulltupfer zur Seite herausgedrückt."

Fall 1.

Anamnese (siehe Bilder).

54jähriger Buchdrucker. Kein Trinker. Mäßiger Raucher. Seit dem 12. Lebensjahr besteht eine Rötung der Nase. Erst seit 5 Monaten sei eine schnell wachsende Geschwulst an der Nase entstanden. Anfangs beschränkte sich die Geschwulst nur auf die Nasenspitze, später griff sie aber auch auf die Nasenflügel über. In den letzten vier Wochen sei die Geschwulst direkt „zusehendst" gewachsen. Die Nasenlöcher sind jetzt durch die Geschwulst völlig verlegt, so daß der Patient keine Luft mehr durch die Nase bekommt. Klinikaufnahme am 18. 5. 31.

Status präsens.

Der Patient ist in einem guten Ernährungszustand und von gesundem Aussehen. Die genaue klinische Untersuchung ergibt keinen pathologischen Befund. Auf der Brust und dem Rücken finden sich reichlich Acnepusteln. Die ganze Haut zeigt einen etwas trockenen, schilfernden Charakter.

Lokalbefund: Die Nase ist vom oberen Drittel des Nasenrückens ab fast hühnereigroß, dick und knollig. Die Nasenlöcher sind zu schmalen Spalten verengt, die sich bei der Atmung ventilartig verschließen.

Operation.

Die Operation erfolgte am 19. 5. 36, in Lokalanästhesie (Novocain-Suprarenin).

Umschneiden der ganzen erkrankten Nasenteile und vorsichtiges Abpräparieren im gesunden Gewebe. Die Blutung ist mäßig stark.

Der Defekt wird mit einem Gohrbandtschen Lappen aus dem rechten Oberschenkel gedeckt. Salbenverband.

Verlauf:

23. 5. 31. Der Hautlappen ist zum größten Teil angeheilt und völlig reizlos. Nur am rechten Nasenflügel wird noch ein kleiner Bezirk der Haut durch ein Hämatom abgehoben. Das Hämatom wird entleert.

27. 5. 31. Der Hautlappen liegt fest an und ist fast völlig erhalten.

4. 6. 31. Bis auf 3 kleine, etwa linsengroße Stellen zeigt sich an der Nasenspitze und den Nasenflügeln glatte Überhäutung.

10. 6. 31. Bis auf 2 kleine verschorfte, trockene Stellen ist die Überhäutung abgeschlossen.

13. 6. 31. Der Patient kommt zur Entlassung.

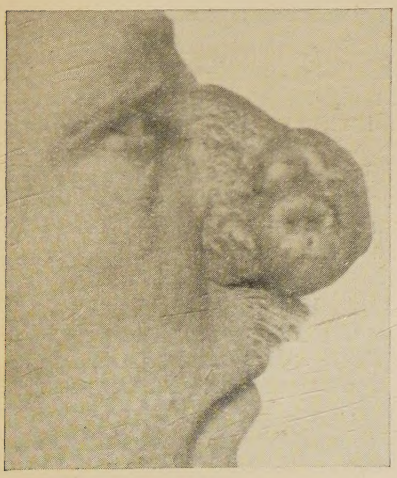
Fall 2.

Anamnese.

67jähriger Rentenempfänger. Früher nie ernstlich krank gewesen. Seit etwa 30 Jahren hat der Patient eine rote, dicke Nase, die sich aber erst in letzter Zeit stark vergrößert hat. Klinikaufnahme am 11. 9. 30.

Status präsens.

Der Patient ist ein Mann in gutem Allgemeinzustand, mit einem etwas rötlichen Gesicht. Die klinische Untersuchung ergibt keinen krankhaften Befund.



Aufnahme 1.

Aufnahme 2.

Aufnahme 1 ist 1 Tag vor der Operation angefertigt worden. Aufnahme 2 zeigt das Ergebnis 2 Wochen nach der Operation.

Lokalbefund: Die Nase zeigt ein typisches Rhinophym, das gleichmäßig den ganzen unteren Teil der Nase verdickt, mit einer haselnußgroßen Knotenbildung am linken Nasenflügel.

Operation.

Die Operation erfolgte am 12. 9. 30, in Lokalanästhesie.

Abtragung der hypertrophischen Partien an der Nase. Fixierung der Nasenflügel und des oberen Randes der Nasenlöcher nach oben, durch einige Katgutnähte. Keilexcision aus dem knorpligen Nasenrücken, quer in der Mitte, zur Hebung der unteren Nasenpartie. Borsalbenverband.

Verlauf:

15. 10. 30. Der Patient fühlt sich wohl, er darf aufsitzen. Die Wundfläche granuliert sauber.

23. 10. 30. Von einer kleinen Epithelinsel auf dem rechten Nasenflügel aus überzieht sich die Wundfläche mit Epithel.

25. 10. 30. Auch von den Wundrändern her macht die Epithelisierung gute Fortschritte.

26. 10. 30. Die Wundfläche ist jetzt völlig epithelisiert. Gute Form der Nase. Normale, bei Atmung nicht mehr veränderte Nasenlöcher.

28. 10. 30. Der Patient wird mit einem Borsalben-Schutzverband in ambulante Behandlung entlassen.

Fall 3.

Anamnese.

84jähriger Rentenempfänger. Er ist in seinem Leben niemals ernstlich krank gewesen. Vor etwa 2 Jahren begann die Nase sich an den Nasenflügeln stark zu verdicken. Klinikaufnahme am 13. 6. 34.

Status präsens.

Das Äußere des Patienten ist seinem Alter entsprechend. Er ist von einer außerordentlichen geistigen Regsamkeit. An den inneren Organen ist kein krankhafter Befund zu erheben. Kein Alkoholabusus.

Lokalbefund: Beide Nasenflügel sind knollig verdickt, mit gelblich-weißen Borken bedeckt. Der Tumor am linken Nasenflügel ist etwa von Walnußgröße. Der am rechten Nasenflügel ist nur halb so groß. Die Geschwulst ist von mittlerem Härtegrad.

Operation.

Die Operation erfolgte am 14. 6. 34, in Lokalanästhesie.

Abschälen der Tumormassen ohne Verletzung des Knorpels. So weit es möglich ist, werden Nähte gelegt. Salbentamponade. Während der Operation tritt nur eine ganz unwesentliche Blutung auf.

Verlauf:

22. 6. 34. 1. Verbandwechsel. Die Wundflächen sind überall völlig reaktionslos. Subjektives Wohlbefinden.

28. 6. 34. Die Fäden werden entfernt. Die Wundflächen sind fast völlig verheilt und weiter völlig reaktionslos.

29. 6. 34. Die Wundflächen haben sich vollkommen geschlossen. Der Patient wird entlassen.

Fall 4.

Anamnese.

56jähriger Patient. Nie ernstlich krank gewesen. In den letzten Jahren hat sich eine Geschwulst an der Nase ausgebildet. Klinikaufnahme am 16. 7. 33.

Status präsens.

Die Untersuchung der inneren Organe ergibt keinen pathologischen Befund.

Lokalbefund: Die ganze Nase ist stark gerötet und angeschwollen. Die Geschwulst ist von lappigem Bau und scheint aus mehreren knolligen Wucherungen zu bestehen.

Operation.

Die Operation erfolgte am 17. 7. 33, in Lokalanästhesie.

Die knolligen Tumormassen werden bis auf das Knorpelgerüst der Nase abgetragen. Zur Deckung des so entstandenen Hautdefektes wird ein Gohrbandtscher Lappen aus dem linken Oberschenkel herausgenommen und transplantiert.

Verlauf:

19. 7. 33. Wohlbefinden. Temperatur 37,2. Puls 80.

21. 7. 33. Der Salbenverband der Nase wird entfernt. Ausgezeichnetes Anheilen des Hautlappens. Beginnende Überhäutung von den Rändern her.

22. 7. 33. Ständig fortschreitende ausgezeichnete Heilung, der Patient wird entlassen.

Zusammenfassung:

Es werden an Hand der Literatur die verschiedenen Auffassungen über die Entstehung des Rhinophyma entwickelt und eine Schilderung des klinischen Bildes und des histologischen Befundes gegeben. Die verschiedenen Methoden der konservativen und chirurgischen Behandlung werden beschrieben, und an Hand der Fälle der hiesigen Klinik wird auf neue Methoden, besonders auf dem Gebiet der Transplantation, hingewiesen.

Literaturverzeichnis.

1. Ollier, Lyon médical 1876.
   De l'elephantiasis du nez et son traitement par la decortication de cet organe.
2. Bordier, Strahlentherapie 1914.
3. Bruns, Beiträge zur klinischen Chirurgie. Bd. 39.
4. Stoccade, Fabio. Contributo chirurgico e anatomo-patologico.
5. Mangalenra-Albernaz. An. Otol. etc. 1. 3—17.
6. Lesser, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 11. Auflage.
7. Lassar: Über Rhinophym. Dermat. Zeitschrift 1896.
8. Wullstein und Küttner, Lehrbuch der Chirurgie, 8. Auflage.
9. Junker, Leipzig 1933. Inaug.-Diss.

10. Dohi, Beiträge zur Kenntnis des Rhinophyms. Archiv für Dermatologie und Syphilis 1896. Bd. 37.
11. Solger, Über Rhinophyma. Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1901. Bd. 57.
12. Trendelenburg, Deutsche Chirurgie. Lieferung 33. Seite 77.
13. Strebel, Dermatologische Zeitschrift. Bd. 10, S. 624.
14. Ullmann, Referat: Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten. Bd. 33.
15. Degrais, Radiumbehandlung des Rhinophyma. Strahlentherapie 1913. Bd. 3.
16. Hebra, Das Rhinophyma. Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis. 1881.
17. Dieffenbach, Die operative Chirurgie. Bd. 1. 1845.
18. Dupre, Referat: Monatshefte für praktische Dermatologie. 1891. Bd. 13.
19. Jungengel, Referat: Münchener Mediz. Wochenschrift 1896. Nr. 51.
20. Liebmann, Inaug.-Diss. Leipzig 1906.
21. Stromeyer, Handbuch der Chirurgie. 1864. Bd. 2.
22. Kromeyer, Zur operativen Behandlung des Rhinophyma. Dermatologische Zeitschrift 1895. S. 74.
23. Billroth, Chirurgische Klinik. Zürich 1860—67. S. 105.
24. Weinlechner, Referat: Wiener klinische Wochenschrift 1901. S. 195.
25. Blöbaum, Die Radicalbehandlung des Rhinophyma durch Galvanokaustik. Münchener Mediz. Wochenschrift 1904. Nr. 52.
26. Desgauttes, Technique de l'operation pour rhinophyma.
27. Wiley M. Sams, Dep. of Dermatol. a Syphil. Univers. of Michigan.
28. Hunt, H. Lyons. Laryngoscope 43, 1933.
29. Fiumicelli, Il Dermosifogr. 9. 1934. 35—38.
30. Spillmann, Bull. Soc. franc. Dermat. 41. 1934.
31. Sedo, Actas dermo-syphil. 1934, 27.
32. Gohrbandt, Modifikation der Thierschschen Transplantation. Archiv für klinische Chirurgie. Kongreßband 152.

Zum Schluß ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Prof. Gohrbandt für die Anregung zu dieser Arbeit sowie für die Überlassung des Materials meinen Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich bin am 27. 12. 1910 als Sohn des Kaufmanns Franz Funck zu Berlin geboren. Nach Ablegung des Abiturientenexamens Ostern 1930 wurde ich an der Friedrich-Wilhelm-Universität zu Berlin immatriculiert. Nach Ablegung der Ärztlichen Prüfung, die ich am 1. Juli 1936 mit „Gut" bestand, trat ich als Medizinalpraktikant in das Urban-Krankenhaus, Berlin, ein, wo ich bis jetzt auf der Hals-, Nasen-, Ohren-Abteilung und der Internen Abteilung gearbeitet habe.